D. ARNAUD

DES MALADIES CHIRURGICALES AU BAGNE DE TOULON

Thèse de Montpellier

1850

N° 78

DES

MALADIES CHIRURGICALES

AU BAGNE DE TOULON.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

le 24 Août 1850,

PAR

DARISTE ARNAUD,

Né à SOMMIÈRES (Gard),

CHIRURGIEN DE LA MARINE,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

JEAN MARTEL AÎNÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue de la Préfecture 10.

1850

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour sincère et respectueux.

A MA CHÈRE SŒUR.

Gage d'un attachement inaltérable !

A mon Ami A. PAPPAS,

Licencié ès-Lettres.



Amitié sans bornes !

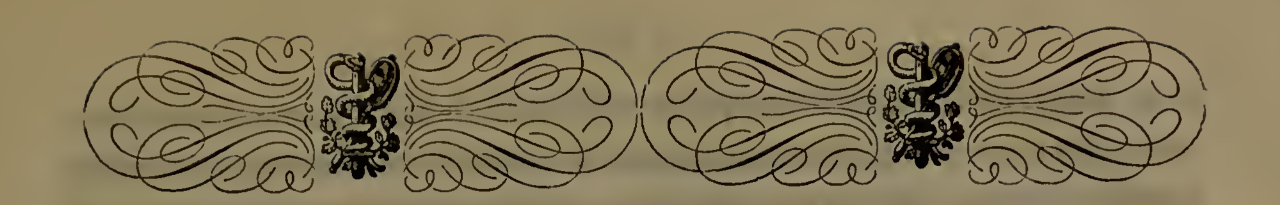
Dariste ARNAUD.

A Monsieur Jules ROUX,

Deuxième Chirurgien en Chef de la Marine, Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine et de la Société de Chirurgie de Paris, Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de vive reconnaissance et de respectueuse affection.

Dariste ARNAUD.



DES

MALADIES CHIRURGICALES

AU BAGNE DE TOULON.



Les bagnes, dont je ne chercherai point l'obscure étymologie, constituent un monde à part, dans lequel viennent pêle-mêle se confondre les criminels de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les climats. N'oublions pas toutefois que les hommes qu'ils renferment, déchus de leurs droits civils, dégradés, exclus de la société, appartiennent encore à la grande famille de l'humanité. Qu'importe à nous, médecins, que celui que nous secourons gise sur un grabat ou habite sous des lambris, qu'il soit libre ou chargé de chaînes, absous ou condamné? En présence de la maladie, toute inégalité sociale s'efface. Quand la voiture cellulaire a franchi le seuil du bagne, qu'elle a déposé alourdis, contus et brisés les hommes qu'elle recélait, une nouvelle existence commence pour eux. Un costume uniforme est imposé à chacun; une chaîne rivée à la malléole ne quittera plus désormais celui qu'elle enlace, l'accompagnera sur son lit d'hôpital,

et ce lien fatal ne sera brisé que par la mort ou sur l'injonction du médecin. La nourriture, uniforme comme le costume, consistera en aliments grossiers. Enfin, des travaux pénibles seront exécutés durant l'intempérie des saisons.

Il est impossible qu'une telle uniformité de mesures, qu'une règle si inflexible, appliquée indistinctement à des natures si diverses, n'exerce point une influence marquée sur certains organismes. Le cultivateur et l'homme de cabinet, l'artisan sédentaire et le vagabond, l'Arabe comme l'Européen, ne sauraient se plier aux mêmes exigences.

Comme les agents hygiéniques introduisent en nous des changements qui prédisposent à certains états morbides déterminés, et que ce but est d'autant plus facilement atteint que l'action qu'ils exercent est plus lent et plus soutenue, je puis dire qu'au bout d'un certain temps, le forçat éprouve un ensemble de modifications qui constitue un tempérament spécial particulier aux bagnes. C'est en tenant compte de cette existence du forçat et des conséquences qu'elle entraîne, que j'essaierai d'esquisser les maladies chirurgicales du bagne de Toulon.

ETIOLOGIE.

Animé de cette pensée que l'étude des lésions chirurgicales comprend surtout l'appréciation des causes qui les produisent et leur mode d'action, ainsi que les changements qui, sous leur influence, surviennent dans l'économie, j'ai voulu que l'étiologie précédât l'examen de ces maladies, aussi nombreuses que variées.

Le nombre des forçats, au bagne de Toulon, oscille entre 3500 et 4000. Les condamnés y sont amenés dans des voitures dites *cellulaires*, sorte de cages roulantes attelées de chevaux de poste et divisées ordinairement en douze compartiments. Ces cellules étroites, isolées, dans lesquelles le mouvement des membres inférieurs est très-restreint, déterminent des accidents divers. Ce n'est que depuis quelques années qu'on a substitué ce mode de transport à ce qu'on appelait autrefois *la chaine*. La morale et la philanthropie ont fait comprendre ce qu'offrait de hideux le spectacle qui se déroulait alors de Bicètre à Toulon.

Le forçat qui descend valide de la voiture cellulaire est, à part quelques exceptions, immédiatement *accouplé* et conduit aux travaux. Ici le champ de l'étiologie s'agrandit. Les travaux sont divisés en deux catégories distinctes : la *grande* et la *petite fatigue*. La première est de rigueur et indispensable ; quant à la seconde, elle est la récompense d'une bonne conduite : son cadre embrasse les travaux qui s'effectuent dans les hôpitaux, les magasins, différents ateliers, etc. A la grande fatigue appartiennent des travaux plus pénibles : tantôt ce sont d'énormes pièces de bois de construction à empiler ou à abriter sous des hangars ; d'autres fois, ce sont des pierres de taille ou des blocs de rocher qu'on transporte à l'aide de traîneaux appelés *diables*, auxquels sont attelés les forçats. L'armement ou le désarmement des navires, les mâtures à remplacer, le service des chaloupes, etc., tout cela est du ressort de la grande fatigue. Remarquons que tous ces travaux sont *forcés*, qu'ils sont faits par des hommes accouplés au hasard, généralement inexpérimentés, et que le défaut de précaution ou d'habitude rend le péril sans cesse imminent. La statistique vient à l'appui de cette remarque ; et sans mettre en ligne de compte ces grands accidents qu'on trouve enregistrés dans les annales des bagnes, nous verrons tout-à-l'heure la grande part qui revient aux contusions.

D'autres causes, dont l'effet est moins instantané, moins palpable, mais dont l'influence hygiénique se fait sentir, doivent attirer notre attention : je veux parler de la nourriture, des vêtements et de l'entassement. La nourriture, composée d'aliments grossiers, est ainsi réglée par jour : 917 grammes de pain ou 700 grammes de biscuit, 120 grammes de légumes secs (fèves), pour l'assaisonnement desquels on concède 33 centilit. d'huile et 10 grammes de sel ; 48 centilit. de vin sont ajoutés à la ration, quand le condamné est au travail : c'est à l'hôpital seulement que le forçat reçoit de la viande.

Le vêtement consiste en une casaque de *mouy* rouge, un pantalon de mouy jaune, une chemise de grosse toile écrue, de forts souliers ferrés et un bonnet phrygien de laine rouge ou verte, suivant la durée de la peine. En été, le pantalon de toile remplace celui de mouy. La chemise est changée tous les sept jours.

Le forçat qui, ayant terminé sa journée, revient des travaux, prend place sur son banc, qu'il ne doit plus quitter jusqu'au lendemain. A huit heures du soir, tous les condamnés sont enchaînés sur un immense lit de camp appelé *tollard*, où ils doivent dormir enveloppés dans une couverture et sans quitter leur vêtement. Chaque salle contient de 300 à 500 condamnés. Le quart environ de la population du bagne est reçue et parquée à bord de trois pontons vermoulus qu'on nomme *bagnes flottants*.

Depuis que de sages améliorations ont été introduites dans la disposition et la surveillance des bagnes, les révoltes collectives y sont moins fréquentes; mais le naturel de ces hommes aux passions farouches se dévoile dans les rixes qu'ils ont entre eux, ou dans les vengeances qu'ils exercent contre leurs gardiens.

Le suicide est chose rare, et souvent il s'enveloppe de mystère ou de circonstances curieuses. Le corse Vitterbi se laisse mourir de faim et écrit jour par jour les souffrances qu'il endure; Salvator blesse un gardien pour monter à l'échafaud.

Autrefois, et avant que Louis XVI abolît la torture, le code du bagne était très-varié : on pendait, rouait ou brûlait; puis venaient les mutilations du nez, des oreilles, de la langue, le tout suivant les caprices du grand intendant des galères. Naguère encore on marquait l'épaule avec un fer rouge. Aujourd'hui chaque condamné peut savoir son code par cœur; c'est un tarif dont on ne s'écarte pas : la mort, l'augmentation ou la prolongation de la peine, la bastonnade sont appliquées suivant la nature du délit.

Si à toutes ces causes, succinctement indiquées, on ajoute que les condamnés arrivent ordinairement au bagne avec un organisme usé déjà par les veilles, les débauches, les passions, un long séjour dans les prisons, on comprendra sans peine la facilité avec laquelle le forçat revêt fatalement un tempérament, une physionomie dont je ne crayonne que les traits les plus saillants. Le forçat a en général un facies fortement bruni par le soleil, amaigri, que sillonnent des rides précoces, et où viennent se refléter tour-à-tour la souffrance et les effets souvent hideux d'une intelligence pervertie ou atrophiée. L'obésité est inconnue au bagne; si quelquefois elle

existe, c'est un embonpoint factice où la fibre musculaire a perdu sa tonicité. L'organisme en entier ne résiste pas long-temps aux causes anémiques qui l'assiègent; les tissus deviennent mous, flasques, décolorés, et les signes d'une vieillesse anticipée se manifestent sur ces constitutions débiles, ordinairement la proie des scrofules, du scorbut ou de la syphilis.

Quand, sous Louis XV, on annexa les galériens aux arsenaux maritimes, une organisation nouvelle fut jugée indispensable. La santé de ces hommes devenus ouvriers, et sur laquelle le ministre Richelieu avait fixé son attention, préoccupa le législateur. Jusqu'alors « les barbiers tenus de raser les forçats devaient aussi les visiter à leurs chaînes, et faire un rapport du nombre des malades et de la qualité des maux. » Désormais des soins plus éclairés parurent nécessaires; les chirurgiens royaux appartenant à la marine durent donner aux galériens les mêmes soins qu'aux autres membres de la société. En citant dans mon Travail les noms des chirurgiens de la marine qui ont consacré ou consacrent encore leur science aux forçats, j'ai, sans doute, fait des omissions; c'est que, travailleurs obscurs et modestes, la plupart ont emporté avec eux dans la tombe les résultats de leur pratique, que le souvenir seul a perpétuée parmi nous. J'ai fait de fréquents emprunts à M. Jules Roux, et il ne pouvait en être autrement: d'un côté, j'ai toujours suivi de près son enseignement; d'un autre, ses travaux variés sur les lésions chirurgicales étaient comme autant de jalons qui guidaient mes recherches.

Ce fut en 1847 que, placé dans le service de ce professeur, je conçus le projet d'étudier les maladies chirurgicales du bagne. J'avais déjà réuni bon nombre d'observations, lorsque la navigation interrompit ce travail. Depuis, j'ai eu occasion de le reprendre; mais, pour le compléter, j'ai dû puiser dans les feuilles de clinique des documents que des absences m'avaient empêché de recueillir moi-même. J'ai indiqué dans le tableau ci-dessous, qui contient le relevé de 2042 observations, les maladies et leur fréquence. Le but que je me propose est d'examiner les divisions principales de ce

tableau, de mettre en relief les faits les plus saillants, sans donner à toutes les maladies les développements et les considérations que beaucoup d'entre elles comportent. Je laisse à d'autres le soin de combler par des travaux spéciaux ces lacunes importantes.

TABLEAU des Maladies observées.

Plaies	982	Entorses	46	Erysipèles	35
Ulcères	49	Arthrites	20	OEdèmes	51
Abcès	182	Hydarthroses	8	Furoncles	37
Gangrènes	18	Hygromas	5		
Brûlures	19	Luxations	7	Dermatoses	245
Cancer	13	Tumeurs blanches	14		
Kystes	21	Pied-bot	1	Ophthalmies	71
				Otorrhées	47
Fractures	82	Varices	3	Lumbagos	11
Caries	22	Lésion d'artère	1	Hernies	4
Nécroses	4	Angioleucites	5	Fistules	16
Tubercules	2	Adénites	14	Orchites	41
Exostoses	1	Scrofules	41	Hydrocèles	15
Ostéo sarcomes	2	Diathèse hémorrhagique	1	Rétrécissements de l'urèthre	22
				Total	2,042

MALADIES DONT TOUS LES TISSUS PEUVENT ÊTRE AFFECTÉS.

Plaies. — Les plaies, c'est-à-dire les solutions de continuité par cause externe, sont les lésions qui, dans le bagne, se présentent le plus souvent à l'observation. Les plaies d'armes à feu sont rares, mais celles par instruments piquants, tranchants et surtout contondants, sont très-nombreuses, ainsi qne le montre le relevé suivant :

Plaies contuses par	pièces de bois	512	par instruments tranchants	37
	causes diverses	424	*id.* piquants	21
	bastonnade	127	par rixe	68

Les plaies contuses par des pièces de bois ou causes diverses occupent une large place, et l'on comprend facilement que, quand des agents aussi puissants que ceux que j'ai indiqués dans l'étiologie sont en jeu, il doit en résulter de graves désordres. Il n'est pas rare de voir la peau respectée, tandis que des désordres sous-jacents témoignent de la violence du choc; d'autres fois elle est nettement divisée comme par un instrument tranchant, le plus souvent je l'ai vue mâchée et ecchymosée. La bastonnade qu'on applique sur le dos détermine rarement des accidents. Sur 127 contusionnés, 124 ont guéri dans la huitaine, 2 ont séjourné à l'hôpital environ un mois, 1 seul a été atteint d'une pleurésie qui a déterminé des adhérences et de la gêne dans la respiration.

Je n'ai pas vu les plaies par instruments tranchants ou piquants amener des accidents funestes. Au Musée d'anatomie est déposée la tête d'un forçat sur laquelle on voit la région fronto-pariétale droite nettement enlevée par un coup de sabre dans une étendue de 9 centimètres.

Il m'a paru que les plaies, suites de rixes, méritaient une mention particulière à cause des agents qui quelquefois les produisent. Ici tout est mis à contribution, les dents, les ongles, un corps contondant, un couteau. Observons que les règlements qui enlèvent au forçat toute espèce d'armes, l'autorisent cependant à porter un petit couteau mousse. Cette arme inoffensive va entre les mains du forçat devenir un instrument meurtrier, ainsi que l'attestent quelques faits heureusement rares. En général, il faut dire que ces sortes de lésions sont peu graves. J'ai vu un condamné frappé de coups de couteau à la tête, au cou, à la poitrine, ne séjourner que six jours à l'hôpital.

Le traitement de toutes ces plaies, quand les parties molles sont seules intéressées et qu'il n'y a pas de vaisseau important lésé, d'articulation ouverte, varie nécessairement avec le siége, l'étendue et les désordres qu'a amenés la lésion, quelle qu'en soit la nature. Généralement, pour éviter la suppuration, on s'efforce d'obtenir la réunion par les agglutinatifs ou la suture; les bandages, qu'on s'étudie à bien appliquer, prêtent leur concours à ces moyens adhésifs. Les plaies qui par leur nature doivent suppurer, guérissent très-bien quand le sujet est jeune et surtout au bagne depuis peu.

Ulcères. — En jetant les yeux sur le tableau, on voit que les ulcères y figurent pour un nombre assez élevé. Je n'y insisterai pas cependant, parce qu'en consultant les feuilles de clinique qui en parlent, il est facile de voir que ces lésions sont liées à une affection générale dont elles ne sont que le symptôme, qu'elle soit syphilitique, scorbutique, scrofuleuse, cancéreuse, etc.

Abcès. — Sur 182 abcès idiopathiques, 59 siégeaient à la région anale, proportion énorme dès long-temps évidente et dont on a dû rechercher la cause ; elle a paru résider dans la disposition qu'a en général le tissu cellulaire à s'enflammer chez des hommes d'une constitution apauvrie. Peut-être la trouverait-on aussi dans des habitudes vicieuses. M. J. Roux a depuis long-temps remarqué la fréquence des fistules à l'anus, dont les causes ne pouvaient se rattacher ni à des affections de poitrine, ni à des considérations d'alimentation, ni à l'existence d'hémorrhoïdes. Quant aux autres abcès, le plus grand nombre était survenu sans cause appréciable, et le reste trouvait son application dans une contusion, une piqûre, la présence d'un corps étranger, etc. ; dans tous les cas, on s'est hâté d'évacuer le pus dès que sa présence a pû être constatée.

Gangrènes. — Dix fois la contusion a déterminé la gangrène, huit autres cas ont été amenés par la congélation. Ces dernières gangrènes s'observent sur les forçats qui descendent de la voiture cellulaire, quand, pendant les froids rigoureux, ils sont, durant plusieurs jours, condamnés à une immobilité presque complète. Quelle qu'ait été la cause déterminante, l'amputation est devenue plusieurs fois nécessaire. Nous avons vu, dans plusieurs cas de gangrène traumatique, l'amputation être pratiquée avantageusement dans la continuité du mal, d'après les principes que M. F. Laure, chirurgien-major de la marine, a fait connaître dans sa dissertation inaugurale (1).

M. Duval, chirurgien-professeur à Toulon, a pratiqué l'amputation du pied par la méthode de Chopart sur un forçat, alors que la gangrène continuait à envahir la partie latérale du pied ; un succès complet a couronné cette opération.

---

(1) Thèses de Montpellier, 1850.

Brûlures. — Employés en petit nombre dans les forges et les buanderies, les forçats sont peu sujets aux brûlures. Je n'en ai trouvé que 19 cas : tous, peu graves, ont rapidement guéri ; un seul, compliqué d'angioleucite profonde, a déterminé la mort.

Cancer. — Au bagne, la chirurgie n'agit point fréquemment sur les affections cancéreuses. J'ai vu cependant des ulcères cancèreux des lèvres traités et guéris par les applications du caustique de Vienne ; j'ai vu des sarcocèles nécessiter la castration ; et il y a peu de temps, M. Arlaud, chirurgien-major de la marine, a opéré avec succès un sarcocèle volumineux.

En 1844, M. Reynaud, chirurgien en chef, enleva en ma présence une tumeur implantée sur le maxillaire supérieur. M. J. Roux a opéré un cancer de la peau étendu à la région temporale, et extirpé une grosse tumeur pré-rotulienne. Une tumeur à peu près semblable a été enlevée par M. Vilette, chirurgien de la marine, et j'ai dû noter que ces deux opérations avaient été suivies d'angioleucite superficielle du membre opéré.

Alibert avait rapproché la kéloïde des affections cancéreuses : bien que je n'admette point cette parenté, je place ici une observation de kéloïde que je dois à l'obligeance de M. le professeur Duval.

HOPITAL DU BAGNE. (M. Duval, *Chirurgien-Professeur.*)

Kéloïde au creux poplité. — Extirpation. — Guérison.

Le nommé Collignac, forçat, âgé de 49 ans, au bagne depuis quatre ans, était déjà venu à l'hôpital pour diverses affections, quand, le 3 mai 1848, il y entra pour une tumeur qui, placée au creux poplité, gênait la progression. Notre attention, dirigée sur ce point, nous permit de constater qu'il existait, en effet, une tumeur bilobée, mesurant tout le diamètre longitudinal du creux poplité gauche, et figurant assez bien dans son ensemble un 8 de chiffre allongé.

Les deux lobes de cette tumeur avaient eu un développement indépendant. Le malade nous apprit que le lobe supérieur, le plus volumineux, avait commencé à se développer en 1825, tandis que l'inférieur ne s'était manifesté que depuis trois années et un an après son arrivée au bagne ; les progrès, très-lents pour le premier lobe, avaient donc été beaucoup plus rapides pour le second, qui, en peu de temps, était venu comme à la rencontre du premier et s'y était réuni. La

longueur était la même dans l'un et l'autre lobe (0,04), l'inférieur seulement était plus étroit ; la commissure était de 0,02. Ces évaluations portent la longueur totale à 0,1. Le lobe supérieur, mesuré dans son plus grand diamètre transverse, était de 0,03, l'inférieur de 0,02, la commissure de 0,01. Cette tumeur unique avait donc eu pour point de départ deux tumeurs survenues sans cause appréciable ; elle était dure, résistante au toucher, parsemée d'inégalités qui donnaient à sa surface un aspect rugueux et ridé ; elle était, en outre, piquetée de points rouges par lesquels se faisaient des hémorrhagies peu abondantes ; enfin, elle formait une saillie de 0,01 au-dessus de la peau, qui était parfaitement saine à quelques millimètres de la base.

Indolente à son origine, cette tumeur était depuis six mois le siége de douleurs vives, d'élancements profonds, s'exaspérant surtout pendant la marche, qui en faisaient désirer au malade l'extirpation. M. Duval, obtempérant à ce désir, circonscrivit la tumeur par deux incisions sémi-elliptiques, puis en disséqua sans peine la base ; deux artères furent liées, trois autres tordues, et vingt-cinq jours après, le malade, guéri de la perte de substance, reprenait gaîment ses travaux. Voilà bientôt deux ans que l'opération a eu lieu, et il n'y a aucune apparence de récidive. Incisée suivant sa longueur, cette tumeur, qui était une kéloïde, présenta un tissu blanc dense serré, analogue au tissu fibro-plastique ; le microscope n'y fit point constater de cellules cancéreuses.

Cette observation d'une affection peu commune diffère de celles qui sont généralement recueillies. Les auteurs de dermatologie, qui depuis Alibert ont traité de la kéloïde, l'ont considérée comme très-rare, et Batemann prétendait même qu'elle n'existait pas. Dès long-temps l'expérience a répondu, mais l'histoire de cette affection est encore incomplète et attend de nouveaux documents. D'après MM. Cazenave et Schedel, la kéloïde n'aurait été observée qu'à la partie antérieure de la poitrine, sur le cou et les bras. Toujours peu volumineuse, elle a pu atteindre au plus 2 centimètres. Jamais les tumeurs, isolément développées, ne se sont confondues, quelque rapprochées qu'elles fussent. M. Rayer donne toujours pour point de départ à cette affection une violence extérieure, et Alibert la rangeait à côté du cancer. Dans l'observation que je rapporte, la tumeur a acquis un volume inusité ; jamais le malade n'a éprouvé au creux poplité des contusions ou des brûlures, et le tissu fibreux ne saurait être comparé à celui du

squirrhe. Enfin, à ceux qui prétendent que les moyens chirurgicaux sont insuffisants, j'apporte une preuve du contraire.

MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS.

Les plaies ne sont point toujours bornées aux parties molles, et l'on sait que quand un choc violent vient frapper les tissus, ceux-ci en transmettent la puissance à la charpente osseuse. Alors, suivant que l'action a porté sur la continuité ou la contiguité, on observe une fracture, une luxation, une arthrite, etc.

Fractures. — Le nombre des fractures est assez considérable, puisqu'il s'élève à 82 : celles des doigts, de la jambe, dominent; puis, viennent par ordre de fréquence celles des côtes, des cuisses, de l'avant-bras, de la clavicule, etc.

J'ai constaté que 24 cas de fracture des *orteils* ou des *doigts* avaient huit fois nécessité l'amputation des phalanges. Dans les cas d'écrasement de ces parties, l'amputation immédiate est quelquefois réclamée : en général, la chirurgie conservatrice revendique cet ordre de lésions; des pansements méthodiques amènent souvent la consolidation des os et la cicatrisation des parties molles. Lorsqu'après l'arrachement des parties molles, les phalanges sont restées à nu, on ne recourt pas à l'amputation, et l'art n'intervient que pour aider la nature, à laquelle on confie le soin d'opérer la nécrose de l'os, son élimination et la guérison complète. Les fractures de la *jambe*, souvent comminutives, nécessitent des pansements bien dirigés et quelquefois la perte immédiate du membre : on a eu cependant à se louer de l'avoir différée. En 1848, une forte pièce de bois vient fracturer comminutivement les deux jambes d'un condamné dans leur tiers inférieur. La lésion est aussi grave sur un membre que sur l'autre : l'indication d'amputer se présente des deux côtés. M. Auban, chirurgien en chef, la repousse, et par les irrigations continues, des pansements convenables, une surveillance active, obtient la guérison du blessé. Neuf fractures simples ont été traitées par les bandages dextrinés ; dix autres, compliquées, ont guéri par les irrigations continues, le bandage de Scultet

avec attelles de bois et des moyens appropriés. Parmi ces fractures guéries, deux ont présenté des accidents particuliers : dans l'une, il se manifesta, au début, des phénomènes nerveux tels, que plusieurs fois le malade en délire abandonna son lit, entraînant avec lui l'appareil et déplaçant les fragments : le laudanum fit disparaître cet état nerveux ; l'autre sujet, avec une fracture simple du tibia, avait une fracture de la sixième côte, qui détermina une pneumonie. Enfin, deux fractures comminutives ont nécessité l'amputation : l'une, au lieu d'élection, *immédiate*, eut un plein succès ; l'autre, à la cuisse, *médiate*, fut suivie de tétanos et de mort.

Sur sept fractures siégeant au *fémur*, cinq traitées par le double plan incliné ou le bandage à extension ont guéri avec un raccourcissement peu sensible. Dans une fracture oblique, où le bandage de Scultet a agi seul, il y a eu un raccourcissement de 8 centimètres. J'ai recueilli l'observation qu'on va lire, peu de jours avant mon départ de Toulon.

HOPITAL DU BAGNE. (M. J. Roux, *Chirurgien en chef.*)

Fracture du fémur gauche au cinquième supérieur. — Gangrène du membre. — Amputation à lambeaux. — Mort.

Le 18 juin, à 5 heures du soir, un condamné fut transporté tout meurtri à l'hôpital du bagne. Ceux qui l'avaient apporté racontaient que, surpris par un éboulement de terrain, deux forçats n'avaient pu à temps prendre la fuite : l'un d'eux, à la taille athlétique, avait été retiré asphyxié ; l'autre, que nous avions sous les yeux, était un homme de 52 ans, pâle, amaigri, dont l'extérieur dénotait la souffrance et une vieillesse anticipée. Ce qui tout d'abord attira notre attention, ce fut une fracture de la partie supérieure de la cuisse gauche, fracture oblique, dont le fragment supérieur, porté en dehors et en avant, faisait une saillie prononcée et menaçait de percer la peau ; le fragment inférieur était dirigé en dedans, en arrière et en haut, par l'action des adducteurs.

M. Roux, après avoir minutieusement examiné le membre, déclara que la fracture ne lui paraissait point comminutive. La cuisse était fortement contusionnée au-dessous de la fracture qui avait été produite par une cause directe ; la jambe avait été aussi violemment contusionnée en dehors et en haut, dans l'étendue de 0,05 de diamètre : la tête, la poitrine, l'abdomen et surtout la fesse gauche présentaient des traces de contusion plus ou moins violentes.

En même temps existaient des phénomènes de commotion : le pouls était faible, l'intelligence et la sensibilité amoindries, le corps froid, surtout dans le membre fracturé.

Ces symptômes, bien que graves, n'impliquaient pas l'amputation : on appliqua l'appareil à double plan incliné, qui, comme l'a démontré A. Cooper, remplit parfaitement toutes les indications qu'exige une fracture de la partie supérieure du fémur ; en même temps on chercha, par une potion stimulante, à ranimer le malade.

Durant la nuit, une légère réaction s'opéra, et le lendemain 19, la commotion était presque dissipée, mais l'état local avait empiré : la chaleur n'était pas revenue au membre blessé, il était froid ; la circulation n'y était point constatée ; la peau était luisante, tendue, la sensibilité faible. On place des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée.

Le 20, les symptômes étaient devenus plus significatifs : le membre tuméfié, présentant des phlyctènes, des eschares, sur les points les plus fortement contus, était froid et insensible, la gangrène était imminente, et l'on ne pouvait rester spectateur des désordres qui allaient survenir. Alors M. J. Roux appela les membres du conseil de santé de la marine en consultation, et il fut décidé à l'unanimité que l'amputation était la seule lueur d'espoir qui restât au malade. Le blessé fut chloroformisé, et, l'insensibilité étant complète, M. J. Roux amputa au niveau de la fracture, en se ménageant un lambeau interne. La compression, parfaitement établie au pli de l'aine, fit qu'il ne s'échappa que peu de sang par les artères promptement liées, mais les veines en fournirent une grande quantité, ce qu'il fallait attribuer à l'ecchymose des parties molles. L'opéré, convenablement pansé, fut placé dans un lit, où il expira six heures après l'opération. Ce résultat funeste avait pu être prévu, mais les chirurgiens consultants, en conseillant l'opération, et M. J. Roux, en la pratiquant, avaient cédé à ces influences toutes de conscience qui, d'accord avec les données scientifiques, portent le chirurgien à faire courir au malade les faibles chances qui lui restent en présence d'une mort inévitable.

L'autopsie démontra que le bout supérieur de l'os offrait une double fracture longitudinale, l'une en dedans s'étendant jusqu'au delà du petit trochanter, l'autre en dehors remontant jusqu'au niveau du grand trochanter ; mais cette fracture n'était pas la seule : on en trouva une intra-capsulaire au col du fémur, deux autres au pubis du même côté ; enfin, on remarqua que quatre côtes du côté gauche et une du côté droit étaient également fracturées.

Cette observation est intéressante sous plusieurs points de vue. Elle nous montre d'abord combien l'erreur serait grande, si l'on proportionnait toujours les désordres cachés survenus dans la charpente d'un membre aux désordres apparents déterminés à la surface. Elle nous apprend qu'il est bien difficile, quand un choc violent vient directement fracturer un membre, de reconnaître et de poser les limites de la fracture. Nous avons vu le fragment supérieur, porté en avant par les muscles psoas et iliaque, traverser l'épaisseur des muscles et menacer de se faire jour à travers la peau, surtout quand le membre reposait sur un plan horizontal. Cette disposition, dès long-temps remarquée, ne peut être combattue que par le plan incliné, qu'il faut toujours employer. Le diagnostic de la fracture intra-capsulaire était impossible, car il était arrivé ici ce qui arrive dans ces sortes de fractures : l'engrènement profond des fragments et la capsule si résistante de l'articulation avaient empêché le déplacement. D'ailleurs les symptômes signalés par les auteurs, douleur, gonflement des parties molles, impuissance du membre, raccourcissement et ascension du grand trochanter, renversement du pied en dehors, et enfin crépitation, appartenaient aussi à la première lésion et ne pouvaient servir à faire reconnaître la deuxième, difficulté de diagnostic que les pathologistes n'ont point notée. L'engrènement profond des fragments et leur coaptation parfaite vient appuyer ces faits rapportés par des auteurs, dans lesquels les malades, à la suite d'une fracture intra-capsulaire du fémur, ont pu marcher durant les premières heures qui ont suivi l'accident.

La fracture de l'os coxal est évidemment ici le résultat de l'action de la tête du fémur qui transmet un choc direct; le mécanisme est facile à saisir. Quant aux fractures costales, elles n'avaient point été reconnues après une investigation que rien ne portait à rendre plus minutieuse, puisque le malade ne se plaignait point de la poitrine; que la respiration n'était pas gênée, et que les fragments n'étaient point déplacés. Enfin, cette observation sanctionne ce fait dès long-temps établi, que la gangrène qui envahit rapidement un membre à la suite d'une lésion traumatique, alors même que celle-ci paraît peu grave, que cette gangrène, dis-je, est toujours d'un fâcheux pronostic et l'indice certain de désordres profonds,

quelquefois inaccessibles, auxquels l'amputation ne pourra pas toujours remédier.

Dernièrement M. Jules Roux a déposé au Musée d'anatomie une pièce assez curieuse : c'est une fracture comminutive de la partie cotyloïde de l'*os des îles*. Ici, comme dans les exemples rapportés par Sanson et A. Cooper, on voit la séparation de l'os coxal en trois parties. Une fracture concomitante des cinquième et sixième vertèbres cervicales, avec compression de la moelle, avait promptement amené la mort du sujet.

J'ai compté huit fractures des *côtes :* deux avaient amené une pneumonie mortelle, une autre un épanchement sanguin qui fut résorbé. On a toujours employé le simple bandage de corps.

Les fractures du *membre supérieur* sont ordinairement traitées avec succès par le bandage dextriné. M. Jules Roux n'emploie pas d'autre moyen pour les fractures de la clavicule, et je l'ai entendu, devant un blessé sur lequel il avait appliqué un de ces bandages, en faire ressortir tous les avantages, et surtout l'efficacité pour maintenir la coaptation des fragments.

Une fois, le *maxillaire inférieur* a été fracturé dans sa partie moyenne, et l'observation a offert ceci de particulier : que l'anneau tympanique, qui avait été en même temps fracturé par contre-coup et complètement détaché, fut plus tard extrait après l'ouverture spontanée d'un abcès derrière le conduit auditif.

Nous avons enregistré deux cas de fractures du *crâne* et deux autres de la *colonne vertébrale*. Ces quatre lésions ont été suivies d'un résultat funeste, ce qu'il faut attribuer à la lésion elle-même; car la chirurgie n'est pas intervenue. Les fractures du crâne, dont une avec rupture de la méningée moyenne, n'ont rien présenté qui n'ait été déjà bien observé. Je ne puis cependant me résoudre à quitter ce sujet sans rappeler que M. Jules Roux a pratiqué la trépanation d'après une méthode nouvelle, qui, permettant d'appliquer indistinctement sur tous les points du crâne une couronne de trépan pour évacuer un épanchement, pourrait bien écarter la proscription qui, depuis Desault, pèse sur la trépanation appliquée aux lésions du crâne. Cette méthode, que son auteur appelle par évulsion, a

fait l'objet d'un mémoire à l'Académie de médecine (1). On sait que l'observation qu'il rapporte a trait à un malade qui, affecté depuis trente mois d'un écoulement séro-purulent à travers un léger pertuis de l'apophyse mastoïde, fut guéri à la suite de l'application d'une couronne de trépan sur cette même apophyse. Cette opération hardie avait été nécessitée par un abcès enkysté que M. Jules Roux croyait exister au-dessous de la dure-mère et en regard de la partie supérieure et latérale de l'hémisphère gauche du cerveau. Quand l'auteur a publié sa brochure, le malade, depuis deux ans parfaitement guéri et remplissant les fonctions de servant à l'hôpital du bagne, semblait devoir jouir long-temps d'une bonne santé. Il en a été autrement : atteint d'érysipèle à la face, Chevalier a succombé en peu de jours. Cette mort inattendue a permis de vérifier les faits annoncés par M. Jules Roux, et, dans l'absence de ce chirurgien en chef, alors à Cherbourg, M. Duval a fait l'autopsie qu'il a bien voulu me communiquer et qui complète l'observation de l'auteur du mémoire.

Autopsie du condamné Chevalier, *âgé de 27 ans, ayant subi depuis 2 ans la trépanation mastoïdienne du côté droit.*

Je laisse les détails généraux, pour ne m'occuper que de ceux qui ont trait à la tête. — Une section horizontale, faite avec la scie, détache le vertex. L'incision des membranes cérébrales laisse écouler une grande quantité de sang et de sérosité, qui paraît extra-rachidienne. Le cerveau, adhérent du côté droit par la pie-mère à l'arachnoïde et à la dure-mère, dans une étendue de 45 millim. carrés, est coupé dans sa longueur; la moitié gauche n'offre qu'un sablé abondant, avec 15 ou 20 grammes de sérosité rougeâtre dans les ventricules. Le côté droit, dans le point où il était adhérent aux méninges, est sans altérations; toutefois, les circonvolutions médianes sont à peu près effacées ; la profondeur des anfractuosités n'est que d'environ 6 millim., alors qu'au-delà elle atteint jusqu'à 20 et 22 mill. La dure-mère adhère avec tant de force au bord supérieur du rocher, à la partie mastoïdienne du temporal, que ce n'est qu'avec beaucoup de peine

(1) Union médicale, 1848, p. 224 à 227.

qu'on parvient à la détacher ; elle a acquis une épaisseur de 4 à 6 millim., une consistance au-dessus du tissu fibreux, se rapprochant de certains cartilages inter-articulaires. Les os mis à nu par l'enlèvement de cette membrane offrent une altération ancienne, parfaitement guérie, remarquable par les vacuoles nombreuses existant dans le diploé et par la disparition en certains points de la table interne qui ne s'est pas reproduite. Une esquille longue de 8 mill. semble avoir été détachée par le trépan et s'être recollée au reste de l'os, en formant une espèce de pont qui traverse l'ouverture faite par la couronne de trépan. Cette ouverture elle-même représente un cône, dont la base correspond aux téguments, tandis que le sommet, presque entièrement disparu, est tapissé de tissu cartilagineux.

Cette autopsie est pour nous la preuve que la trépanation mastoïdienne a été suivie d'un succès complet, puisque les lésions qui l'avaient nécessitée, entièrement guéries, ne laissaient plus subsister que de simples traces, et que l'inspection de la pièce osseuse prouve que la couronne de trépan avait ouvert le crâne au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet, ainsi que M. J. Roux en avait eu l'intention. Mais où résidait l'abcès enkysté, cause de l'opération ? Le diagnostic le plaçait entre la dure-mère et le cerveau ; l'autopsie semble le placer entre la dure-mère et les parois du crâne : les traces d'altérations à la face interne du pariétal et du temporal droit étaient cette opinion, quoiqu'il soit difficile de rattacher à une altération connue des os les traces indiquées. Le diagnostic sur un point aurait donc été fautif ; mais, il faut en convenir, cette erreur, l'autopsie seule pouvait la révéler, car la compression de l'hémisphère droit du cerveau pouvait dans les deux cas donner lieu aux mêmes troubles des fonctions encéphaliques, et à moins d'avoir la dure-mère sous la pince à dissection, on ne pouvait dire si la tumeur morbide était au-dessus ou au-dessous de cette membrane.

Séduits par l'analogie qui existe, surtout au point de vue des fonctions, entre le crâne et la *colonne vertébrale*, les anciens avaient de bonne heure songé à appliquer le trépan aux fractures du rachis, et c'est à Paul d'Egine qu'on en fait remonter la première idée. Favorablement accueillie en

Angleterre, où A. Cooper l'avait prise sous son patronage, cette opération n'a jamais été suivie de succès. Est-ce à dire qu'il faut y renoncer et qu'en présence des accidents qui se développent, le chirurgien doit rester dans l'inaction? Telle n'est point l'opinion de MM. Laugier, Manne et J. Roux: le premier a pratiqué une fois la trépanation et a émis à ce sujet d'excellentes idées; le second, ex-chirurgien en chef de la marine, écrivait en 1789 ces lignes remarquables à l'occasion des fractures: « Si des »fragments osseux compriment la moelle, on fait les incisions nécessaires; »on replace les fragments, et, s'il y en a d'enfoncés dans le canal qu'on »ne puisse replacer, on applique le trépan pour avoir la facilité de les »relever et de donner issue aux matières épanchées (1). »Enfin, M. J. Roux nous disait dans une de ses leçons: « La colonne vertébrale doit, dans certaines circonstances pathologiques, être considérée dans son ensemble comme un os unique. Les fractures de cette tige osseuse, celles qui sont obliques surtout, présentent de grandes difficultés pour leur coaptation et leur maintien. La science ici ne saurait trop faire contre des fractures qui enraient d'une manière immédiate les conditions essentielles à la vie. Peu importe la direction qu'affectent les fragments dans les fractures des autres os. Au fémur, par exemple, les accidents qu'elle entraîne dans la locomotion ne sont que secondaires; mais, dans la colonne vertébrale, cette direction des fragments se traduit par des accidents sérieux: la compression de la moelle. »

Dernièrement, une fracture de la colonne vertébrale a fourni à ce même professeur l'occasion de développer les idées qu'il avait émises à Cherbourg, dans une leçon de clinique recueillie par notre ami et collègue M. Cotholendy (2).

Dautres maladies des os, telles qu'*ostéite*, *nécrose*, *tuberculisation*, *cancer* et surtout *carie*, n'ont point suivi une marche en dehors de celle qui est communément observée; seulement, comme les sujets qu'atteignent ces maladies sont toujours placés au milieu des mêmes circonstances qui ont

---

(1) Maladies des os, pag. 181.

(2) Gaz. des hôp., 1849.

pu influer sur leur production, on doit à une médication énergique locale joindre un traitement général, qui bien souvent encore ne mettra point à l'abri d'une récidive.

Parmi les maladies qui atteignent la contiguité des os, se trouvent en grande proportion les *entorses :* j'en ai compté 46 ; toutes, malgré un traitement rationnel, ont été très-lentes à guérir.

Les *arthrites* résultant d'une contusion ont été accompagnées de leur cortége habituel de symptômes ; plusieurs ont donné lieu à des abcès secondaires.

J'ai cru remarquer que les *hydarthroses* étaient fréquentes au genou : beaucoup ont guéri par les anti-phlogistiques; d'autres par les vésicatoires et les moxas; quelques-unes, rebelles, par les injections iodées. Le succès de ce dernier traitement confirme l'opinion de ceux qui, à l'exemple de MM. Velpeau, Bonnet (de Lyon), J. Roux, etc., ont démontré l'innocuité et les avantages de l'iode dans les hydropysies articulaires.

Divers traitements ont été employés pour combattre les *hygromas* rotuliens et olécrâniens. Parmi les observations que j'ai sous les yeux, une d'elles mentionne l'extirpation et la guérison d'un hygroma pré-rotulien par M. Reynaud ; les autres me montrent, dans le service de M. J. Roux, les hygromas cédant à l'emploi des vésicatoires suppurés, à l'application de compresses trempées dans la teinture d'iode plus ou moins étendue d'eau. Ces moyens réussissent assez bien pour qu'il n'ait pas recours aux ponctions sous-cutanées avec scarification de la séreuse affectée ou suivies d'injection d'iode, moyens qu'il emploie ordinairement dans les hydropysies des gaines tendineuses connues sous le nom de ganglions.

Il ne s'est pas offert de *luxation* dans laquelle les moyens de réduction aient été impuissants, abstraction faite de celle de la colonne vertébrale, relatée plus bas. Parmi les luxations que j'ai observées, cinq siégeaient à l'épaule, une seule à la hanche. Dans les luxations scapulo-humérales, dominait la luxation en avant sous-pectorale de MM. Velpeau et Vidal (de Cassis). J'ai long-temps observé un condamné sur lequel la luxation, toujours facilement réduite, se reproduisait soit pendant le sommeil, soit aux travaux, dès que le bras était brusquement étendu horizontalement.

Les luxations des vertèbres cervicales sans fracture sont très-rares ; on sait que Dupuytren les a contestées, et que lorsque M. J. Roux attira l'attention du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu sur une de ces luxations, il refusa d'y croire. L'observation qu'on va lire, et qui a été recueillie par M. J. Roux lui-même, est favorable à l'opinion de Dupuytren ; mais elle ne saurait porter la moindre atteinte à l'opinion contraire étayée par une observation du même chirurgien insérée dans la *Pathologie* de M. Vidal (de Cassis), T. II, pag. 558.

HOPITAL DU BAGNE. (M. J. Roux, *Chirurgien en chef.*)

Luxation de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième. — Petites esquilles. — Mort.

Le nommé Malcui, forçat, après avoir fait, d'une hauteur de 2 mètres, une chute dans laquelle la partie postérieure de la tête et le cou paraissent avoir porté directement sur les dernières marches d'une échelle, a été apporté à l'hôpital du bagne dans l'état suivant : Insensibilité complète des membres inférieurs, de l'abdomen, du dos, de la poitrine, jusqu'à 10 centimètres de la fourchette sternale ; insensibilité des faces dorsale et palmaire de la main, postérieure de l'avant-bras ; sensibilité obtuse à la face postérieure du bras. Le malade sent bien les pincements opérés sur les faces antérieures de l'avant-bras, du bras, de l'épaule, du cou, et sur toute la tête. Fourmillement dans les membres supérieurs, le malade déclarant que cette sensation pénible n'a commencé qu'au moment où on le transportait à l'hôpital ; ce fourmillement est souvent douloureux : le malade prie qu'on lui soutienne le membre supérieur. Douleurs très-vives au plus léger contact, à la face postérieure du cou, et surtout dans le point qui paraît répondre à la 5e vertèbre cervicale. Les facultés intellectuelles sont intactes ; il en est de même des sens de la vue, de l'odorat, de l'ouïe et du goût.

Paralysie des membres inférieurs, de l'abdomen, du dos, de la poitrine, de la face externe du membre supérieur ; cependant de faibles mouvements d'extension peuvent être produits. Les muscles fléchisseurs de la main, de l'avant-bras, du bras, se contractent volontairement ; cependant, comme s'il était abandonné à leur prédominance d'action, tout ce membre est maintenu dans la flexion. Le biceps semble spasmodiquement contracté ; le cou, la tête sont exempts de paralysie. Les puissances respiratoires sont paralysées, à l'exception du diaphragme, des muscles sterno-cléido-mastoïdien, *trapèze*, laryngiens et dilata-

teurs des ailes du nez. Les muscles abdominaux sont successivement distendus et relâchés par suite des mouvements divers du diaphragme ; la voix est notablement affaiblie par l'action incomplète du soufflet pulmonaire. Forte érection du pénis sans éjaculation. Sensations vagues de froid, lenteur du pouls ; pas de vomissements, pas de râle dans la respiration, pas de déjections alvines ; tuméfaction légère à la face postérieure du cou, sans traces de lésion appréciable dans les parties molles et dures.

Le diagnostic est ainsi porté : Fracture ou luxation des vertèbres cervicales portant surtout sur les 5ᵉ et 6ᵉ, comprimant la moelle épinière dans le point correspondant ; tentatives de réduction dans le but d'amoindrir la compression de la moelle. Extension sur les pieds, contre-extension sur la tête, tandis que l'opérateur pousse en arrière la région cervicale, en avant la région dorsale. Pendant cette manœuvre, on observe : douleurs vives dans le cou, sentiment plus vif de picottement et de chaleur dans les membres supérieurs, dont la flexion est subitement augmentée ; bruit de crépitation entendu par les assistants, senti par le malade et l'opérateur lors des mouvements imprimés au cou. (Décubitus sur le dos, la tête appuyée sur un traversin peu élevé ; infusion de tilleul ; on réchauffe le malade.)

A 4 heures du soir, la scène s'était assombrie. L'altération de la sensibilité et des mouvements restait la même ; cependant la mâchoire inférieure était animée de mouvements tétaniques, pendant lesquels les dents inférieures heurtent avec bruit contre les dents de la mâchoire supérieure ; le pouls est toujours lent (50 pulsations), la respiration est surtout profondément modifiée. Les voies aériennes sont remplies d'un liquide écumeux ; des râles divers sont partout entendus ; les vésicules pulmonaires se dilatent évidemment, mais elles paraissent remplies du liquide précité. Le besoin d'expectorer est incessant, mais les puissances mécaniques, réduites au diaphragme seul, manquent pour le satisfaire, et le malade n'accomplit qu'un crachottement pénible. Les mouvements du cœur, certainement affaiblis, sont masqués par les râles pulmonaires. Le priapisme de ce matin a peu duré ; il est remplacé ce soir par une demi-érection. Le cathétérisme provoque la sortie de 400 grammes d'urine limpide et citrine. L'intelligence est toujours intacte, et le malade paraît être sans beaucoup d'inquiétude sur son état.

6 mai. Insomnie, oppression forte la nuit ; même état de l'insensibilité et de la paralysie ; respiration laborieuse. Le diaphragme se contracte spasmodiquement avec beaucoup plus de force. Absence totale de râle, 72 pulsations ; les bruits

du cœur sont bien plus distincts qu'hier. Le baillement, l'expectoration et le crachement sont impossibles. Hier, il y avait de l'appétence et de la soif; ce matin, il n'existe plus que cette dernière sensation ; nausées parfois. Le malade, ayant un sentiment de brûlure dans la vessie, a demandé à être sondé. Pas de coliques ; douleurs à la partie postérieure du cou, alors même que le malade est dans une complète immobilité. Il demande qu'on agite ses mains et ses avant-bras ; il éprouve par cette manœuvre un soulagement à l'engourdissement et à la chaleur des membres supérieurs.

Mort le 6 mai à 10 heures du matin, 26 heures après l'accident.

Autopsie 24 heures après la mort.

L'habitude extérieure montre un cou court, chargé d'embonpoint, avec traces d'ecchymose et sans contusion sur la tête. Infiltration sanguine inter-musculaire, en avant et en arrière de la colonne cervicale. Caillots sanguins sur divers points. Espace considérable entre la 5e et la 6e vertèbre cervicale ; il en sort du sang veineux ; le doigt y pénètre aisément, et arrive jusqu'à la moelle. L'apophyse épineuse de la 6e vertèbre cervicale est un peu déviée à droite. Luxation de la 5e vertèbre cervicale sur la 6e, caractérisée par les désordres suivants : les apophyses articulaires supérieures de la 6e vertèbre sont libres ; les apophyses articulaires inférieures de la 5e sont passées en avant des précédentes, et semblent reposer sur les échancrures supérieures de la 6e. Rupture du ligament jaune correspondant, des muscles inter-épineux. Le corps de la 5e vertèbre proémine sur celui de la 6e ; il est maintenu par des fibres du ligament vertébral antérieur. Le fibro-cartilage inter-articulaire paraît écrasé, et contient quelques détritus osseux du corps de la vertèbre. Du côté droit, il existe un fragment d'un centimètre, appartenant à la face antérieure du corps de la 6e vertèbre ; du côté gauche, la partie antérieure de l'apophyse transverse du même os est détachée. Dans le point luxé, les membranes rachidiennes paraissent intactes. La moelle est comprimée par la vertèbre luxée. Le cerveau et les poumons sont congestionnés comme dans l'asphyxie. Les cavités du cœur contiennent des caillots de sang décolorés. Rien ne mérite d'être mentionné dans l'état des viscères abdominaux.

La pièce pathologique est déposée au musée de Toulon.

M. J. Roux, partisan d'une chirurgie active dans ces sortes de lésion, fut sur le point de pratiquer une opération à la partie postérieure du cou, pour aller directement faire cesser la compression qu'exerçait sur la moelle

la vertèbre déplacée. A quelques jours de là, ce professeur s'exprimait ainsi, dans son discours d'ouverture du cours de pathologie externe et de médecine opératoire : « En présence de la mort inséparable d'une telle lésion, il faut tenter la réduction qui a été obtenue dans ces dernières années, et dans le cas où cette manœuvre reste sans résultat avantageux, il est rationnel de découvrir les parties, d'essayer encore la réduction, les doigts directement portés sur les vertèbres, les yeux suivant leurs mouvements. En cas d'insuccès, la résection de l'arc osseux de la vertèbre comprimante doit être effectuée. Je ne sais quel chirurgien accomplira le premier cette opération périlleuse, dont la hardiesse est justifiée par la gravité du mal, et dont le succès me paraît devoir jeter un certain reflet de gloire sur l'Ecole qui la première la verra tenter et réussir. »

La plupart des lésions articulaires précédemment indiquées ont, dans le bagne, une grande tendance à dégénérer en *tumeurs blanches*. Cette grave terminaison a lieu d'autant plus souvent chez les forçats, qu'ils sont depuis plus long-temps soumis aux causes nombreuses qui tendent sans cesse à les débiliter, et ici, comme dans les affections organiques déjà signalées, ces influences générales et permanentes imposent l'obligation d'un traitement prompt. M. Duval a bien obtenu une guérison avec ankylose par le chlorure de barium et les vésicatoires; en ce moment, dans le service de M. J. Roux, il existe bien une autre tumeur blanche puissamment modifiée par la cautérisation transcurrente; mais je n'en persiste pas moins à penser qu'il faut de bonne heure se disposer à l'amputation. Est-ce à dire qu'au prix d'une mutilation on sauvera constamment les jours du malade? Non, car à une maladie locale il faut joindre un état général scrofuleux qui prédomine, dont le mal local n'est que l'expression et qui quelquefois entravera le succès; mais l'ablation d'un membre est ici un moyen *thérapeutique* qu'il faut savoir employer à temps. J'ai observé treize malades atteints de tumeurs blanches : cinq non opérés et deux tardivement opérés sont morts; cinq, amputés dans des circonstances favorables, ont parfaitement guéri; un seul, je l'ai déjà dit, a guéri sans opération, mais avec ankylose.

On observe rarement les *pieds-bots*, je n'en connais qu'un seul cas : il

s'agissait d'un varus congénial double sur un condamné âgé de 29 ans. La ténotomie et l'appareil Duval n'ont pu amener la guérison.

Pour combattre les diverses maladies qui atteignent les os dans leur continuité ou leur contiguité, et que j'ai rapidement passées en revue, le chirurgien possède ici, comme partout, deux ordres de moyens : ceux qui constituent la médication interne, très-diversifiés et adaptés à la constitution appauvrie des hommes qu'une longue détention a modifiée, forment un premier groupe ; le second est formé par cette série de moyens que la chirurgie rationnelle met en usage au foyer même du mal. Trois seulement parmi ces derniers fixeront mon attention : l'amputation, la résection et la trépanation.

Amputation. — Certes, la chirurgie, éminemment conservatrice, tend sans cesse à diminuer les cas qui nécessitent l'amputation, et quand elle ne peut l'empêcher, elle émet encore le précepte d'amputer le plus près du mal, ou, en d'autres termes, le plus loin du tronc, de manière à ce que la mutilation soit aussi restreinte que possible. Mais, il faut le dire, cette voie de progrès dans laquelle la chirurgie moderne est largement entrée, n'a pu empêcher que le nombre des amputations ne fût encore très-considérable, tant dans les hôpitaux des bagnes que dans ceux des villes. Les chirurgiens de la marine ne sont point restés stationnaires en face du progrès, la thèse et l'opuscule de M. Hello (1), les mémoires de M. J. Roux sur l'amputation dans la gangrène traumatique non limitée (2), l'amputation et l'éthérisme dans le tétanos traumatique (3), l'angioleucite profonde et l'amputation coxo-fémorale (4), l'amputation tibio-tarsienne (5) ; la thèse de M. Arlaud sur cette dernière amputation (6), celle de M. Michel sur la question de savoir si, dans les lésions organiques du pied, l'amputation sus-malléolaire doit être préférée à l'amputation médio-tar-

---

(1) Des plaies d'armes à feu. Paris, 1846.
(2) Ann. de thér., 1848, pag. 259.
(3) Union médicale, 1848, pag. 356 à 359.
(4) Gaz. méd., 1849.
(5) Gaz. des hôp., 1848.
(6) Thèses de Montpellier, 1848.

sienne (1), celle plus récente de F. Laure sur l'amputation dans la continuité du mal (2), témoignent de leurs efforts !

Le relevé des amputations que j'ai vu pratiquer au bagne en porte le nombre à 27, et en comparant les lésions qui les avaient nécessitées avec les résultats obtenus, je me crois fondé à dire : Quand, au bagne, une lésion traumatique sera accompagnée d'accidents qui tôt ou tard devront amener une amputation, il faut la pratiquer *immédiatement*, et pour les affections organiques, il ne faut point attendre que le sujet soit trop débilité.

L'amputation coxo-fémorale a plusieurs fois été pratiquée dans les hôpitaux de la marine : M. Sper a une fois accompli cette grave opération au bagne de Toulon, MM. Foulloy et J. Roux l'ont aussi exécutée à Brest et à Cherbourg; de ces trois opérations, une seule a été suivie de succès : c'est celle de M. Foulloy.

C'est à l'hôpital du bagne que M. J. Roux a employé *avec un plein succès*, pour la première fois, son procédé pour l'amputation tibio-tarsienne. Nous l'avons vu depuis pratiquer avec un égal succès deux opérations semblables, l'une à l'hôpital de la Marine, l'autre au bagne, et il faut avouer que les faits militent en faveur d'une opération qui procure aux malades tant d'avantages.

Résection. — MM. Reynaud et Hello (3) ont fait ressortir avec talent les avantages qu'offraient les résections du membre supérieur à la suite d'une lésion traumatique. Je les admets avec eux; mais, comme M. J. Roux, je crois qu'au bagne, et pour des lésions organiques, l'amputation l'emporte de beaucoup sur la résection. Voici ce que ce professeur disait dans un mémoire sur les résections (4) : « Je suis porté à penser que dans » les maisons centrales de détention, comme dans les bagnes et en général » dans les villes mêmes, toutes les fois que les hommes atteints de carie » des articulations sont dans l'obligation de rester au milieu des circon-

---

(1) Thèses de Montpellier, 1845.
(2) Thèses de Montpellier, 1850.
(3) Acad. de méd., 19 sept. 1827, et Annales de chir. franç., T. II, p. 511.
(4) Gazette des hôpitaux, 1848, p. 148-156.

»stances hygiéniques qui ont produit leur mal ou qui l'entretiennent, il »faut renoncer à la résection, pour recourir à l'amputation du membre.

»L'amputation présente alors les avantages incontestables : 1° d'enlever »sûrement tout l'os ou toutes les parties de l'os affecté; 2° de ne pas laisser »de parties molles, indurées, profondément modifiées par les trajets fistu- »leux, et au milieu desquelles l'os réséqué est exposé à redevenir malade; »3° de procurer une guérison rapide; 4° d'apporter un grand changement »dans le tempérament et la constitution des opérés, par suite des modi- »fications qu'éprouve la nutrition après l'ablation des membres. — Cette »dernière considération mérite toute l'attention des chirurgiens, puis- »qu'elle tend à élever au rang d'agent thérapeutique puissant la malheu- »reuse nécessité de recourir à une mutilation.

»J'ai rencontré dans les bagnes des hommes habilement amputés et »guéris par mes collègues; je n'y ai pas vu de condamnés à membre »réséqué.»

Les faits que j'ai observés appuient l'opinion du professeur de Toulon : deux résections de l'épaule, une du coude et une d'un des métacarpiens ont été suivies d'un résultat funeste.

Trépanation. — L'amputation et la résection sont des moyens entrêmes que le trépan pourra souvent suppléer; c'est surtout dans les caries si fréquentes au bagne, que ce mode de traitement trouve son application et prend une place importante parmi les opérations que met en œuvre une chirurgie active : injections iodées, cautère actuel, rugination, résection, etc. Quand une carie affecte le sternum, les côtes, le maxillaire supérieur, etc., il est, en effet, rationnel d'appliquer une couronne de trépan qui enlève le mal en totalité ou en partie, et ouvre une voie facile aux agents modificateurs, en particulier au fer incandescent. Il y a plus, une carie ou une nécrose atteignent le rocher, le pus ne peut s'écouler ou ne s'échappe qu'avec difficulté à travers un conduit fistuleux, il s'accumule, va altérer les membranes encéphaliques et bientôt arrive à la substance cérébrale elle-même; une couronne de trépan, convenablement appliquée, peut non-seulement frayer une issue au pus, mais encore à des fragments nécrosés. La nature a du reste pris soin de nous montrer cette

indication : nous avons vu une fracture du maxillaire inférieur être suivie de la sortie de deux séquestres du cercle tympanique ; une pièce pathologique de notre musée montre toute une portion nécrosée du rocher parfaitement détachée, et qu'il eût été facile d'aller extraire à l'aide d'une pince. Toutes ces idées théoriques ont trouvé leur application dans le service et la pratique de M. J. Roux : nous avons vu successivement le trépan, appliqué au sternum, au corps ou aux condyles du tibia, au maxillaire supérieur du rocher, produire de beaux résultats. Toutes ces observations mériteraient d'être publiées. Je ne rapporterai cependant ici et en peu de mots que celle qui a trait à une *carie du sternum*, et plus loin j'aurai occasion de relater une carie du rocher et l'opération à laquelle elle a donné lieu.

HOPITAL DU BAGNE. (M. J. Roux, *Chirurgien en chef.*)

Carie du sternum. — Trépanation.

Le 3 juillet 1850, entrait à l'hôpital du bagne le condamné Rougier, âgé de 36 ans, d'une constitution robuste, qui présentait au sternum, plusieurs mois après y avoir reçu une forte contusion, un abcès assez peu étendu, sans rougeur et sans amincissement de la peau. M. J. Roux, après avoir diagnostiqué un abcès dépendant d'une carie du sternum, en fit l'ouverture à l'aide d'une incision parallèle à cet os. Ayant ensuite reconnu une carie qui avait envahi toute l'épaisseur du sternum, il enleva aussitôt la partie malade à l'aide de deux grandes couronnes de trépan, empiétant l'une sur l'autre, de manière à figurer un 8 de chiffre. La totalité du mal fut ainsi enlevée ; et comme l'emporte-pièce avait eu lieu à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'os, et dans le voisinage du bord gauche, une portion du péricarde fut décollée, et on put aisément apercevoir les mouvements que le cœur imprime à son enveloppe fibro-séreuse.

Quand j'ai quitté Toulon, le malade était en bonne voie de guérison, et aujourd'hui 9 août, 36e jour de l'opération, j'apprends de source certaine qu'il ne reste plus qu'une plaie d'un centimètre à cicatriser pour que la guérison soit complète. J'ai tout lieu de penser que M. J. Roux ne manquera pas de faire connaître lui-même tous les détails d'une opé-

ration qui, assez fréquente au temps de l'Académie royale de chirurgie, est devenue très-rare de nos jours.

MALADIES DU SYSTÈME VASCULAIRE.

Varices. — J'ai eu peu l'occasion de voir des affections variqueuses; cependant la chirurgie, au bagne de Toulon, n'est pas restée étrangère au progrès des moyens employés pour les guérir. C'est, je crois, dans cet hôpital que M. Reynaud conçut et exécuta son procédé pour la cure du varicocèle. Ce procédé, que M. J. Roux se chargea de faire connaître (1), et qui méritait la préférence sur tous ceux inventés avant lui, paraît avoir été détrôné par le procédé par enroulement de M. Vidal (de Cassis.)

J'ai vu la ligature étreindre des tumeurs hémorrhoïdales que le bistouri excitait toujours; le succès a été complet.

Lésions d'artères. — Ce qui frappe sous le rapport des lésions artérielles, c'est leur rareté au bagne. De temps immémorial on n'y a pas vu, je crois, d'anévrysme, et l'on compte facilement les plaies artérielles qui ont nécessité la ligature; pour ma part, je n'ai rencontré qu'un fait authentique de lésion d'artère: il s'agissait de la tibiale postérieure.

Les condamnés que leur aptitude permet d'employer dans les ateliers de charpentage, sont exposés, comme les ouvriers libres, à la lésion de la tibiale postérieure par l'outil appelé herminette. Lors de son séjour à Cherbourg, M. J. Roux fit une leçon de clinique à l'occasion d'un accident de cette nature. Il insista sur le précepte de lier les deux bouts du vaisseau divisé et à l'aide de considérations anatomiques, fit ressortir la rareté de la lésion, les inconvénients de la compression, et enfin le danger des hémorrhagies secondaires, qui, d'après lui, sont susceptibles d'amener la ligature de la crurale ou même l'amputation (2). Dans le cas que j'ai observé, on lia les deux bouts du vaisseau divisé, mais trois hémorrhagies secondaires amenèrent la mort.

Angioleucite. — Les lésions traumatiques ne sont pas ici, plus souvent

(1) Gaz. méd. de Paris, 1837, pag. 821; et Journal des connaissances médicales pratiques, 1839, pag. 229.

(2) Union médicale, 1849, pag. 130, 135, 138.

qu'ailleurs, compliquées d'angioleucite superficielle ou profonde ; cependant j'ai eu l'occasion de reconnaître la justesse des idées émises par M. J. Roux dans ses Mémoires (1).

Scrofule. — La scrofule jette ses déterminations morbides plus spécialement sur les glandes, et c'est la raison qui me l'a fait placer ici. Les 41 cas que je consigne ne se rapportent qu'à une des manifestations morbides les plus communes de la cachexie scrofuleuse: l'affection des glandes lymphatiques.

Au bagne, l'étude des scrofules est pleine d'intérêt et exigerait à elle seule une dissertation. L'élément morbide qu'on appelle vice ou virus scrofuleux, imprime un cachet spécial et reconnaissable sur les caries, les nécroses, les tumeurs blanches et surtout les ophthalmies; mais, en outre, il produit un état général sans manifestation locale bien tranchée, qu'on appelle diathèse scrofuleuse et dont j'ai déjà signalé l'influence. On n'a qu'à parcourir l'hôpital du bagne, on est certain d'y rencontrer à toutes les époques un nombre variable de forçats présentant la physionomie scrofuleuse (*habitus scrofulosus*), si bien décrite par Kortum et Hufeland. Je suis convaincu que les influences hygiéniques seules produisent ici la diathèse scrofuleuse, et que, si l'hérédité y prédispose quelquefois, elle n'est point indispensable, comme beaucoup le pensent. J'espère plus tard diriger mes recherches vers ce point litigieux, que le petit nombre de mes observations ne me permet pas de trancher ici.

Diathèse hémorrhagique. — Je ne quitterai pas les affections des vaisseaux sans faire connaître une observation que j'ai cru devoir rapporter à ce groupe de maladies, et que je transcris sans commentaire ; je tiens seulement à remercier M. Bel, chirurgien de la marine, des renseignements qu'il m'a communiqués.

HOPITAL DU BAGNE. (M. J. Roux, *Chirurgien en chef.*)

Hémorrhagie constitutionnelle, périodique, mensuelle.

Au N° 121 de la salle des blessés se trouvait couché le condamné Bezaut,

(1) Angioleucite superf. (*Gazette méd.*, Paris, 1841, pag. 20), Angiol. profonde (*Gazette méd.*, 1849).

N° 31790, âgé de 31 ans, né à Paris, et au bagne depuis 7 ans. Plusieurs fois entré à l'hôpital pour des affections diverses, ce forçat, doué d'un tempérament lymphatique, était, depuis le 19 décembre 1849, atteint d'un gonflement œdémateux autour du pied droit, déterminé par la pression de la manille sur l'articulation tibio-tarsienne.

Le 15 janvier 1850, alors que Bezaut était sur le point de sortir de l'hôpital, parfaitement guéri de l'affection pour laquelle il y était entré, il eut, dans la journée, de la céphalalgie, quelques vertiges et quelques crachats striés de sang. Interrogé sur les causes qui avaient pu amener ces symptômes, Bezaut nous répondit qu'il était atteint d'une hémorrhagie mensuelle, et qu'il en ressentait les prodromes. Un examen plus approfondi nous apprit les faits suivants :

En 1832, à l'âge de 13 ans, Bezaut était détenu à la maison de correction de Clairvaux, lorsque, dans le courant du mois de septembre, il fut pris pour la première fois d'une épistaxis abondante qui dura pendant 48 heures. Cette première hémorrhagie est reparue à plusieurs reprises pendant cinq mois et demi, mais à des intervalles irréguliers.

A cette époque, Bezaut avait les organes génitaux bien développés; ses testicules étaient descendus dans le scrotum, et sa voix perdait le timbre enfantin qu'elle avait eu jusqu'alors.

Au mois de février 1833, pendant qu'il était encore à Clairvaux, Bezaut eut les premiers crachements de sang, qui depuis sont souvent venus annoncer l'hémorrhagie 11 ou 12 heures à l'avance. Pour la première fois, à cette époque, l'hémorrhagie, qui jusque-là n'avait eu lieu que par le nez, se fit à la fois par le nez, la bouche et les oreilles, d'après ce que raconte le sujet. Transporté à l'hôpital de la maison, M. Clément, qui en était le médecin, le soumit à un traitement consistant en saignées, pédiluves sinapisés, sinapismes aux mollets, sulfate de quinine. Ce traitement n'amena aucun résultat avantageux, et les hémorrhagies ont continué à Clairvaux pendant cinq ans et demi, sans que le traitement ait apporté aucune modification à leur périodicité devenue régulière et mensuelle.

Parvenu à l'âge de 18 ans, Bezaut sortit de la maison centrale de Clairvaux, et quelque temps après il se rendit à Paris. Là, comme à Clairvaux, les hémorrhagies continuèrent, arrivant quelquefois si subitement et avec tant de violence, que plusieurs fois Bezaut fut ramassé dans la rue, baigné dans son sang, privé de connaissance et transporté dans divers hôpitaux. Aussi, a-t-il été traité successivement : à l'Hôtel-Dieu, par MM. Dupuytren et Galloz ; à l'hôpital Saint-Louis,

par M. Dubois; à l'hôpital Beaujon, par M. Maréchal; à la Charité, par M. Mercier. Les divers traitements employés dans les hôpitaux de Paris par les médecins que nous venons de nommer, ressemblaient beaucoup, d'après ce que dit Bezaut, à celui que M. Clément lui avait déjà fait suivre à Clairvaux. Les antiphlogistiques en faisaient toujours la base; aussi Bezaut a les bras et les jambes couturés de cicatrices de saignées. Une fois seulement il fut soumis à un régime consistant en laitage; ce régime fut suivi pendant deux mois, sans que jamais le retour de l'hémorrhagie ait pu être empêché.

Pendant qu'il était à la Charité, un médecin anglais vit Bezaut, et le fit entrer dans une maison de santé située près du cloître Saint-Méry; là, il fut soumis à un nouveau traitement sur lequel il ne peut donner aucun renseignement, ne connaissant pas les médicaments qu'il a pris. Ce traitement n'amena pas plus de résultat que ceux qui l'avaient précédé.

De 1840 à 1842, Bezaut se trouve de nouveau détenu, mais à la maison centrale de Melun. M. Bancel le soumet à un traitement qui consistait à plonger le sujet dans un bain très-chaud, pendant que des douches lui tombaient sur la tête à 2 mètres de hauteur. M. Bancel, à l'aide de ce traitement, ne parvint pas plus à enrayer la maladie que les autres médecins qui avant lui avaient traité Bezaut.

Enfin, en 1843, Bezaut fut condamné au bagne, et, à plusieurs reprises, il est entré dans le service de M. Lauvergne, qui n'a employé aucun traitement pour combattre l'hémorrhagie. Nous trouvons seulement, relativement aux divers séjours que Bezaut a faits à l'hôpital, de 1843 à 1850, les deux notes suivantes données par les chirurgiens de garde.

1er juillet 1845. En se présentant à ma visite pour être admis à l'hôpital, le condamné Bezaut prétendit qu'il était sujet à des hémorrhagies qui se faisaient à la fois par le nez, la bouche, les oreilles et les yeux, et qu'il sentait que l'accès hémorrhagique n'était pas éloigné. Aujourd'hui, à 2 heures, un servant est venu m'avertir que le malade était tout en sang. Je me suis transporté aussitôt auprès de lui, et je l'ai trouvé dans l'état suivant, après avoir fait rabattre le drap sous lequel il était caché.

Décubitus dorsal, immobilité complète, somnolence. Visage couvert en grande partie de sang. Les yeux fermés, le nez et la lèvre un peu tuméfiés : la bouche et le nez contenaient quelques caillots de sang. En entr'ouvant avec peine les paupières, la *conjonctive* n'offrit aucune apparence d'hémorrhagie; mais une trace de sang, qui semblait avoir été faite avec le doigt, allait des yeux à la bouche,

en passant sur les côtés du nez. Une trace semblable conduisait du nez à l'oreille droite.

En débarrassant le visage de toutes ces taches de sang, j'ai pu constater que l'hémorrhagie avait cessé ; qu'elle n'avait eu lieu que par le nez, soit par les *ouvertures* antérieures, soit par les postérieures ou par les deux à la fois, et que la quantité de sang perdu équivalait à peu près à 120 ou 140 grammes.

Le pouls et la chaleur générale étaient dans l'état normal, les articulations souples, et il n'y avait aucun signe de congestion cérébrale, si ce n'est du côté de la membrane pituitaire.

Une heure après, le malade était éveillé, causait et n'accusait aucun mal.

30 septembre 1845, 7 heures du soir. Accès de rhinorrhagie entièrement semblable à celui du 1er juillet. A mon arrivée auprès du malade, l'hémorrhagie a cessé ; il s'est écoulé de 100 à 140 grammes de sang. Le malade est sans connaissance ; le pouls petit, lent ; la respiration faible. L'impression de l'eau froide rappelle le malade au sentiment ; il accuse de la céphalalgie. La sclérotique est un peu injectée. Le sang s'est écoulé par les ouvertures antérieures et postérieures des fosses nasales. Le bruit respiratoire est normal.

Depuis cette époque jusqu'en 1849, l'hémorrhagie est toujours reparue avec beaucoup de régularité, sans que le sujet soit entré pour cette affection à l'hôpital.

16 janvier 1850. Les symptômes notés hier, et dont nous avons parlé au commencement de cette observation, ont continué jusqu'au moment de l'hémorrhagie, qui a eu lieu la nuit dernière. Arrivé auprès du malade à la fin de l'hémorrhagie, je n'ai pu constater que la quantité du sang écoulé, environ 120 grammes.

Le malade est complètement guéri de l'affection qui avait nécessité son entrée à l'hôpital, mais il y est retenu pour être soumis à l'observation.

12 février 1850. Application de la ventouse Junod à la jambe droite : à la suite de l'application de cette ventouse, il s'est développé un sentiment très-douloureux de pesanteur et de fourmillement dans les deux jambes. Après 10 minutes, les douleurs sont si vives qu'on est obligé de suspendre l'emploi de la ventouse.

15 février. Ce matin à 4 heures, le malade a eu une épistaxis : l'écoulement de sang a été peu considérable ; expectoration de quelques crachats sanglants ; céphalalgie assez vive ; le pouls est à l'état normal.

Application matin et soir de la botte Junod.

16 février. L'hémorrhagie a eu lieu cette nuit à 2 heures; elle a commencé hier soir par la transsudation de quelques gouttes de sang par les oreilles. Peu à peu l'écoulement s'est fait par le nez et la bouche; le malade a perdu connaissance, mais la respiration et le pouls sont restés dans un état normal. Perte de 120 grammes de sang environ; faiblesse ce matin; la céphalalgie est disparue.

Le malade sort de l'hôpital le 21 février.

15 mars 1850. Bezaut est entré depuis deux jours à l'hôpital. L'hémorrhagie doit avoir lieu le 17 par des symptômes précurseurs : l'*auscultation* ne dénonce rien d'anormal dans la poitrine.

16 mars. Céphalalgie très-légère.

17 mars. Hier soir, à 11 heures, vertiges, surdité, gouttes de sang par les oreilles; à minuit, céphalalgie intense, pas encore d'hémorrhagie. Ce matin, à 4 heures, perte de connaissance, hémorrhagie par le nez et la bouche; le sang est mêlé d'air, sans qu'on puisse s'assurer s'il vient des poumons. Le sang rendu peut être évalué à 120 grammes. A 4 heures et demie, le calme se rétablit; ce matin, à 8 heures, il est parfait, et rien dans les phénomènes circulatoires, respiratoires, digestifs et cérébraux, n'indique le trouble qui a existé cette nuit. Les gencives ne sont le siége d'aucune exhalation; quand le malade tousse un peu fort, il rend des crachats mêlés de salive et de sang.

18 mars. Etat normal complet, un peu de faiblesse seulement; les crachats ne sont plus *striés* de sang; le malade sort de l'hôpital.

10 avril 1850. Le malade rentre à l'hôpital avec un gonflement du pied droit; douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne; pas de prodromes de l'hémorrhagie.

Application d'un bandage destiné au pied droit, le 11.

15 avril. Rien d'anormal dans le système circulatoire; l'auscultation ne donne aucun signe de trouble dans les fonctions du poumon; pas de crachats striés de sang, comme avant le dernier accès.

A 9 heures du matin, bourdonnements dans les oreilles, céphalalgie; la face est plus rouge que d'habitude, les yeux ne sont pas injectés.

A 2 heures de l'après-midi, quelques gouttes de sang ont commencé à sortir par les oreilles. Cette hémorrhagie, se faisant goutte à goutte, a cessé tout-à-fait vers les 4 heures.

16 avril. Ce matin, à 4 heures et demie, l'hémorrhagie s'est déclarée avec force : le sang sortait abondant par le nez et la bouche; les oreilles n'étaient plus le siége d'aucune hémorrhagie, pas plus que la muqueuse oculaire; perte de con-

naissance totale, complète insensibilité; les membres sont dans un état de résolution ; aucun mouvement de la part du malade. Le sang qui sort par la bouche est mêlé d'air ; pas de toux ; il est rejeté au-dehors par un simple mouvement des lèvres, mais sans aucun effort. Les yeux ne présentent aucune trace de sang, la pupille n'est point dilatée.

L'hémorrhagie par la bouche et le nez dure de 6 à 7 minutes ; pendant ce temps, le pouls est un peu élevé, les contractions du cœur sont plus fortes que d'habitude. Quand l'hémorrhagie par le nez et la bouche a cessé, elle a recommencé par les oreilles ; mais cet écoulement de sang, qui se fait goutte à goutte, n'a duré que 4 à 5 minutes.

Après l'hémorrhagie, prostration, tendance au sommeil. Le malade se plaint d'une violente chaleur derrière le sternum et dans le trajet du larynx ; encore un peu de céphalalgie. Rien d'anormal dans les organes respiratoire et circulatoire ; le pouls a perdu de sa force et repris son allure habituelle, la respiration se fait bien ; l'insensibilité a duré aussi long-temps que l'hémorrhagie, c'est-à-dire 6 à 7 minutes. La perte de sang a été, comme dans les accès précédents, d'environ 120 grammes.

17 avril. Le malade est tout-à-fait bien, et sort le 28 avril.

Bezaut n'est pas revenu à l'hôpital dans le mois de mai.

MALADIES DU SYSTÈME CELLULAIRE.

Je ne citerai qu'en passant l'érysipèle, et seulement pour enregistrer la pratique de M. Reynaud, qui se trouvait bien de couvrir d'une couche épaisse de coton cardé les parties enflammées ; M. Cabissol, chirurgien de première classe, a fait connaître l'avantage de ce moyen.

Les œdèmes se rencontrent chez les condamnés qui arrivent, et j'en ai signalé la cause ; la *manille* rivée à la malléole les détermine fréquemment.

MALADIES DE LA PEAU.

Les conditions qui entourent les condamnés, la malpropreté, des vêtements insuffisants, une alimentation grossière, des travaux pénibles, le chagrin, la misère, les exposent à de fréquentes affections de la peau. L'Hôpital du bagne est un beau théâtre pour l'étude de ces maladies ; M. G. Villers, chirurgien-major de la marine, a pu, en deux années,

recueillir 310 de ces maladies, parmi lesquelles figurent les variétés les plus rares. J'ai lieu de croire que M. Villers fera connaître avec détail ce qui a trait aux maladies de la peau, et comme mieux qu'il ne m'était donné de le faire, il peut présenter des observations complètes et exactes, je n'anticiperai point sur ce travail. Je remarquerai seulement que, sur 243 cas que j'ai réunis, 37 seulement avaient pris naissance hors de l'enceinte du bagne.

Il n'est peut-être pas de localité où les syphilides, avec leurs formes variées, se montrent plus souvent. La raison de cette fréquence est facile à trouver : la population des bagnes se recrute ordinairement parmi les hommes adonnés au vice, qui, infectés par la syphilis, séjournent dans les prisons où ils ne déclarent pas leur mal, ou bien ne sont soumis qu'à des traitements incomplets ; après la disparition des phénomènes primitifs, les condamnés oublient qu'ils ont été malades et ne viennent réclamer des soins que long-temps après, lorsque les phénomènes consécutifs qui se montrent sur la peau sont déjà très-prononcés.

Parmi les maladies de la peau curieuses par leur rareté, nous avons observé, en 1847, un *éléphantiasis des Grecs*, qui avait pris naissance au bagne un an après l'arrivée du sujet. Cette observation, rapportée *in extenso*, ne nous apprendrait rien de nouveau : les quatre périodes de la maladie indiquées par Alibert et Pinel, et caractérisées par les états de macules, de tubercules, d'ulcérations et de gangrène ; sa marche lente, apyrétique, envahissante ; sa terminaison fatale, que ne peuvent empêcher les traitements les plus énergiques et les mieux dirigés, la résument parfaitement.

MALADIES QUI AFFECTENT SPÉCIALEMENT CERTAINES RÉGIONS.

Otorrhées. — Au bagne, l'otorrhée rebelle est liée quelquefois à un état scrofuleux ; le plus souvent aussi elle est symptomatique d'autres affections. Nous en avons vu provenir d'un polype implanté dans le conduit auditif ; d'autres, d'une nécrose superficielle des portions osseuses voisines de l'articulation temporo-maxillaire; un troisième ordre, enfin, tenir à une carie

profonde du rocher. Les pièces pathologiques de notre Musée, qui montrent des rochers cariés et nécrosés avec trajet fistuleux s'ouvrant dans le conduit auditif, sont assez nombreuses ; leur étude a suggéré à M. J. Roux l'idée d'évider la base du rocher à l'aide d'une couronne de trépan. Pour comprendre la difficulté et la hardiesse d'une semblable opération, il n'y a qu'à examiner un temporal : alors on voit qu'il faut être hardi pour faire parvenir jusque sur le rocher, entre le sinus latéral dont la profondeur est si variable, le conduit auditif, l'étage moyen du crâne, une couronne de trépan, de manière à enlever directement la carie en totalité ou en partie, et de frayer dans tous les cas une voie pour l'attaquer, permettre d'extraire les points nécrosés, faciliter une issue au pus, etc. ; la difficulté consiste à s'arrêter à la portion du rocher qu'on ne pourrait atteindre sans produire des accidents divers. L'observation inachevée de ce fait me paraît sous tous les rapports avoir un grand intérêt.

HOPITAL DU BAGNE. (M. J. Roux, *Chirurgien en chef.*)

Carie du rocher. — Trépanation.

Au N° 78 de la salle des blessés est long-temps resté couché le nommé Gatteaux, âgé de 23 ans. Cet homme, d'un tempérament lymphatique et d'une taille moyenne, était plusieurs fois entré à l'hôpital pour un écoulement purulent dans le conduit auditif droit, accompagné de douleurs parfois très-vives dans la région auriculaire et surtout dans le point de cette région correspondant à la fosse temporale; l'ouïe était complètement abolie de ce côté. Un stylet introduit dans le conduit auditif révélait l'existence d'un trajet fistuleux placé en arrière du conduit, près de la membrane du tympan ; l'os était facilement senti à nu dans une assez grande étendue. Fatigué par des traitements divers qui ne modifiaient pas son état, et désireux d'en finir avec son mal, Gatteaux accepta l'opération que M. J. Roux lui proposait, et dont ce dernier avait déjà établi les principes dans son mémoire sur la trépanation.

Le 11 avril 1850, le malade couché sur le côté gauche, la tête appuyée sur le bord d'un oreiller solide, fut plongé dans l'éthérisme. L'insensibilité étant complète après trois minutes d'inhalation, l'opérateur pratiqua une incision en croissant derrière l'oreille, dans le point de jonction du pavillon avec la peau qui couvre l'apophyse mastoïde. Cette incision, longue de 8 centimètres, commen-

çait au haut de la région auriculaire, et descendait jusques près du sommet de l'apophyse mastoïde : les bords furent disséqués, et les parties molles de la moitié postérieure du conduit auditif détachées jusqu'à la fistule. Une couronne de trépan, de $0^{m},01$ de diamètre, fut alors appliquée directement en arrière du conduit auditif, de manière à comprendre dans le champ de la scie circulaire la paroi postérieure du conduit auriculaire lui-même ; cette dernière disposition fut imposée par l'étendue un peu trop grande de la couronne.

La pyramide était implantée dans l'os, et la couronne, perpendiculairement appliquée au crâne, avait tracé une rainure de quelques millimètres, lorsque la direction du trépan fut changée et doucement amenée à une direction parallèle à celle du conduit auditif. L'instrument avait été retiré, la voie examinée, et il était de nouveau mis en mouvement lorsque les parties s'affaissèrent, et la couronne sembla pénétrer dans une cavité osseuse. Le doigt indicateur la remplaça bientôt, et l'opérateur sentit des battements, qu'il attribua aux mouvements du cerveau ; ce qui lui fit croire à une carie ayant détruit le rocher jusqu'aux membranes cérébrales. Beaucoup de sang rouge sortait par la plaie, dans le fond de laquelle on enfonça un linge cératé et des bourdonnets de charpie : des compresses trempées dans l'eau froide, appliquées sur eux, furent maintenues par une bande légèrement compressive.

Le malade sortit de l'éthérisme après l'opération, qui fut assez rapide ; il n'accusa dans la journée que peu de douleur, et dormit la nuit. — Le lendemain, les pièces de l'appareil étaient imbibées de sérosité, d'un peu de sang et de pus. Le doigt, introduit dans la plaie, reconnut quelques aspérités, mais ne sentit plus les battements ; les douleurs auriculaires avaient complètement cessé. — A dater de ce jour, Gatteaux s'est toujours trouvé mieux : la suppuration est restée abondante, l'inflammation des parties divisées s'est bientôt dissipée, des végétations se sont montrées, et la marche vers la cicatrisation a été rapide. Des injections chlorurées ont long-temps été faites dans cette cavité osseuse, dans laquelle on a craint de porter le cautère actuel pour des raisons qu'il est facile de pressentir. — Cependant il a été impossible de maintenir l'ouverture du trépan, qui n'existe plus aujourd'hui qu'à l'état fistuleux ; le pus la traverse et continue à s'écouler aussi par le conduit auditif, d'où on a pu extraire quelques petites esquilles. — Jusqu'à la fin du mois de mai, le sujet a été dans un état satisfaisant : à cette époque, le pavillon s'est enflammé, de petites ulcérations s'y sont montrées, et à mesure que la plaie du trépan se cicatrisait, la douleur apparaissait

dans la région auriculaire. Ces douleurs, très-supportables, ont persisté durant le mois de juin ; et, au moment où j'écris le résumé de cette observation (30 juin), le malade est dans l'état suivant : toutes les fonctions s'exécutent bien, la plaie du trépan est presque entièrement fermée; le pus continue à la traverser, mais s'échappe surtout par le conduit auditif; l'inflammation du pavillon est peu prononcée, les douleurs auriculaires existent, mais beaucoup moindres qu'avant l'opération.

En rapportant une observation inachevée et dont le résultat est encore incertain, je n'ai eu que l'intention de mentionner une opération nouvelle, dans ce sens qu'aucun opérateur n'avait encore conçu la possibilité d'attaquer la base du rocher à l'aide du trépan, dans le but d'attaquer directement la carie en l'emportant en partie et en ouvrant une large voie aux agents susceptibles de la modifier.

Appareil urinaire. — Le genre de vie que mènent les condamnés paraît peu favorable au développement des maladies de l'appareil urinaire. Chez ces hommes rarement obèses, les calculs vésicaux sont peu fréquents, et la lithothritie ou la lithotomie trouvent peu leur application. Cependant c'est, je crois, au bagne que M. Reynaud avait inventé son procédé de taille médiane, généralement suivi dans notre Ecole et décrit dans la première édition de Vidal (de Cassis), T. V, p. 474. M. Sper avait adopté la taille par le rectum.

J'ai vu trois fois pratiquer l'opération de la boutonnière : par M. Reynaud, actuellement chirurgien en chef à Brest, pour rétention d'urine; par M. Maher, chirurgien en chef à Lorient, d'abord pour deux calculs arrêtés dans l'urètre; en second lieu pour des esquilles implantées dans la prostate et engagées dans le canal. Cette intéressante observation est rapportée dans l'*Union médicale* (1849, p. 222) sous le titre suivant« : Coup de feu. — Balle entrée au-devant de l'anus, sortie à l'hypogastre. — Fistule urinaire. — Esquilles détachées des os du bassin par le projectile et logées dans la prostate. — Rétention d'urine. — Opération de la taille. — Guérison. »

Depuis la publication de cette observation, le malade est rentré à l'hôpital avec d'autres esquilles dans le canal. M. Jules Roux a proposé à ce

condamné une nouvelle opération ; mais celui-ci s'y est refusé, et conserve depuis plusieurs mois, dans la portion membraneuse du canal, une portion d'os assez volumineuse, qui ne gêne qu'incomplètement l'excrétion des urines.

D'un autre côté, les rétrécissements de l'urètre sont loin d'être rares ; ils sont en rapport de fréquence avec les urétrites mal soignées d'hommes qui, avant leur entrée au bagne, ont le plus souvent langui dans les prisons. Du reste, malgré la surveillance qui les entoure, les condamnés employés hors de l'arsenal peuvent encore, dans leurs rapports avec des femmes infectées, contracter des urétrites, des chancres et des bubons. Nous avons vu ces derniers traités avec succès par les injections iodées, d'après la méthode de M. Jules Roux (1). M. Beau, chirurgien de la marine, dans sa thèse (2) ; M. le docteur Abeille, dans un mémoire important présenté, le 1er mai 1850, à la Société de Toulouse, et honoré d'une médaille dor, ont fait ressortir les avantages de cette méthode.

Comme nous tenons à mentionner les travaux des chirurgiens de la marine, alors même qu'ils n'ont pas eu leur point de départ au bagne de Toulon, je rappelle ici la belle observation de M. Arlaud sur les strongles géants (3).

Hernies. — Sans en rechercher la cause, je me contente de mettre en relief la rareté des hernies.

Suicides et *homicides.* — Le bagne, avec toutes ses causes débilitantes, n'éteint pas toujours dans le cœur des condamnés les passions vives qui les agitent : la colère, la jalousie, l'envie, tous les sentiments de vengeance, et même le désir d'en finir plus tôt avec la vie, les portent à l'homicide et au suicide ; de-là, les lésions les plus diverses. M. Villers a envoyé à l'Académie de médecine une observation intéressante, sous ce titre : « Une amitié intime au bagne de Toulon, suivie d'un homicide (4). »

Les lésions traumatiques ou les violences exercées sur le larynx n'ont

(1) Arch. gén. de méd., 1846, p. 1, et 1847 p. 297.
(2) Thèses de Montpellier, 1850.
(3) Académie de médecine, 1846.
(4) Gazette des hôpitaux, 1850, 12 mars.

été que rarement observées, ce qui est en rapport avec le peu de fréquence des suicides. M. Villers en a, dans l'espace de trois ans, enregistré cinq cas, dont trois ont été produits par la strangulation.

Je n'omettrai pas ici un des faits les plus remarquables qui existent dans la science, et qui a trait à une lésion du larynx. M. Reynaud a fait connaître ce fait (1) sous le titre suivant: « Tentative de suicide. — Fistule permanente des voies aériennes. — Oblitération du larynx à sa partie inférieure. — Abolition de la voix et persistance de la parole. » M. Martinenq, chirurgien-major, a inséré, sur le même sujet, un mémoire dans le numéro de 1829 du journal de physiologie de Magendie.

TRAITEMENT.

Le traitement général des affections chirurgicales réclame, au bagne de Toulon autant que dans le monde, toutes les ressources que les progrès récents de la chirurgie fournissent à l'art. J'ai vu pratiquer les opérations fondées sur les principes de la chirurgie plastique et sous-cutanée; employer les nouveaux moyens de réunion, le collodion et les serre-fines; extraire les tumeurs par embrochement; combattre le traumatisme par les irrigations continues; maintenir certaines fractures par les bandages dextrinés; exercer l'art des pansements avec une grande méthode; enfin, recourir dans un très-grand nombre de cas aux bienfaits de l'éthérisation.

L'emploi des moyens anesthésiques a eu de bonne heure un infatigable partisan dans M. Jules Roux, ainsi que l'atteste la liste de ses travaux à ce sujet :

Ethérisme à l'aide des appareils mécaniques. (*Gaz. méd.*, Paris 1847.)

Ethérisation répétée dans un cas de névralgie sus-orbitaire. (Académie nationale de médecine, séance du 4 mai 1848.)

Ethérisme dans un cas de circoncision et de taille. (*Gazette des hôpitaux*, 1847.)

---

(1) Gazette médicale, 1841, p. 583.

Note sur un nouveau moyen d'éthérisation. (Société de chirurgie de Paris, séance du 2 juin 1847.)

De l'éthérisme dans les accouchements. (*Gazette médicale*, Paris, 1847.)

Ethérisme pour un cas d'extraction de corps étranger dans l'œsophage. (Acad. de méd., 15 juillet 1847.)

Ethérisme hypochloreux (chloroforme). *Union médicale*, 1848.

M. Jules Roux, pour plonger les malades dans l'insensibilité, se sert toujours de son sac à éthérisation, qu'il emploie l'étheroule chloroforme. Il lui arrive souvent de tenir le malade insensible pendant un quart d'heure, et même une demi-heure, et jamais il n'a éprouvé d'accidents sérieux.

On sait que c'est à ce Professeur que la science est redevable des premiers essais de l'éthérisation locale. M. Cotholendy a recueilli une leçon de clinique à ce sujet (1). M. Jules Roux continue ses expériences sur l'anesthésie des plaies, et nous lui avons entendu dire que, sur ce point, quelque chose manquait encore à son appréciation, puisque, dans quelques circonstances, l'anesthésie locale était complète, tandis que, dans d'autres, elle restait incomplète, sans qu'il ait pu découvrir la cause de cette différence dans les résultats. Nous avons vu un condamné, qui avait été amputé de la deuxième phalange de l'index à la suite d'un écrasement, être soumis à l'éthérisation locale et guérir en un mois, sans avoir éprouvé la moindre douleur dans le doigt amputé, où l'inflammation secondaire a été presque nulle.

En général, pendant leur traitement, les blessés du bagne sont soumis à une alimentation réparatrice et à une médication tonique; la diète n'est ici qu'exceptionnelle, et on n'y insiste pas. Du reste, les maladies chirurgicales du bagne, leurs causes, leur traitement ne présentent pas seuls des particularités applicables à ces localités : le *diagnostic*, le *pronostic*, les *terminaisons* des maladies, leur *récidive*, sont susceptibles de fournir encore des traits particuliers.

Les condamnés ont quelquefois intérêt à simuler des maladies pour se soustraire à des châtiments, ou bien seulement pour venir à l'hôpital, où,

---

(1) Union médicale, 1848.

avec le repos, ils jouissent de tout le confortable que les sociétés humaines doivent et accordent aux hommes malades. On a dit avec raison que l'hôpital était le restaurant des forçats : c'est là, en effet, qu'ils trouvent un lit, du vin et de la viande.

On doit se tenir en garde contre certaines manœuvres des malades : beaucoup d'entre eux, afin de prolonger leur séjour à l'hôpital, font tous leurs efforts pour entretenir leur mal, qui se reproduit dans plusieurs circonstances, quand il est sous la dépendance des conditions générales au sein desquelles le condamné est placé.

Il meurt peu de condamnés dans le service des blessés, et à part quelques chances défavorables liées à la constitution détériorée de ces hommes, les résultats des blessures et des opérations ne diffèrent pas essentiellement de ceux qu'on observe dans les autres hôpitaux. Ces considérations, qui se rattachent au pronostic, font pressentir les terminaisons les plus fréquentes. La pourriture d'hôpital est rare et ne s'observe qu'isolément. Les hommes amputés, après leur guérison, et ceux qui sont atteints de maladies rebelles, sont envoyés au bagne de Brest pour être placés aux incurables.

Ici s'arrêtent les considérations que j'avais à donner ; d'autres, plus avancés dans la carrière, pourront certainement les multiplier et les compléter. M. Lauvergne, médecin en chef, a examiné le forçat sous le point de vue physiologique et phrénologique (1). Sous le rapport médical, les maladies du bagne offriraient une étude intéressante. Employé dernièrement dans le service de M. le professeur Magagnos, j'ai remarqué que les faits étaient nombreux, variés, exactement observés et susceptibles d'être mentionnés avec fruit. Cette tâche, un autre l'accomplira peut-être ; et je m'estimerai heureux si ma Dissertation inaugurale a pu être le commencement de travaux plus complets sur un sujet qui intéresse à un haut degré la médecine navale !

---

(1) Les forçats considérés sous le rapport physiologique, moral et intellectuel, observés au bagne de Toulon.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

auxquelles le Candidat répondra verbalement.

(Arrêté du 22 Mars 1842.)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE. — *Comment reconnaître la chaux mélangée avec une masse alimentaire?*

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE. — *Des acides que le chlore peut former en se combinant avec l'oxigène.*

BOTANIQUE. — *Qu'entend-on en géographie botanique par distribution des végétaux?*

ANATOMIE. — *Faire connaître le mode d'introduction et de terminaison des nerfs dans les organes.*

PHYSIOLOGIE. — *Quelle différence y a-t-il entre le Vitalisme de Montpellier et le Stahlianisme?*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES. — *De la division de la science pathologique en générale et spéciale, leurs analogies et leurs différences.*

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE. — *Que doit-on entendre par maladies pandémiques?*

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE. — *Quelles sont les principales époques de l'histoire de la chirurgie?*

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE. — *Des indications fournies par l'imminence des maladies.*

OPÉRATIONS ET APPAREILS. — *De la ligature de l'artère sous-clavière.*

MÉDECINE LÉGALE. — *De l'accouchement prématuré artificiel, considéré au point de vue médico-légal.*

HYGIÈNE. — *Quelles sont les indications hygiéniques que l'on peut remplir à l'aide des eaux thermales hydro-sulfureuses?*

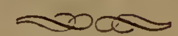
ACCOUCHEMENTS. — *De l'auscultation pendant la grossesse, son utilité.*

CLINIQUE INTERNE. — *Le changement qui s'opère dans le type de la fièvre éclaire-t-il le pronostic?*

CLINIQUE EXTERNE. — *De l'hydrocèle, du sarcocèle, du testicule vénérien et du testicule scrofuleux, au point de vue du diagnostic.*

TITRE DE LA THÈSE A SOUTENIR. — *Des maladies chirurgicales au bagne de Toulon.*

Faculté de Médecine de Montpellier.



PROFESSEURS.

MM. BERARD ❋, Doyen.	*Chimie générale et Toxicologei.*
LORDAT O. ❋, Président.	*Physiologie.*
CAIZERGUES O. ❋.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL ❋.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❋.	*Anatomie.*
GOLFIN ❋.	*Thérapeutique et Matière médicale*
RIBES ❋.	*Hygiène.*
RECH ❋.	*Pathologie médicale.*
RENÉ ❋.	*Médecine légale.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON ❋, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*
DUMAS.	*Accouchements.*
FUSTER.	*Clinique médicale.*
JAUMES.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ALQUIÉ.	*Clinique chirurgicale.*
. . . . . .	*Botanique.*

M. LALLEMAND O. ❋, Professeur Honoraire.

AGRÉGÉS en exercice.

MM. CHRESTIEN.
BROUSSE, *Examinateur.*
PARLIER ❋.
BARRE.
BOURELY.
BENOIT.
QUISSAC.

MM. LOMBARD.
ANGLADA.
LASSALVY.
COMBAL, *Examinateur.*
COURTY.
BOURDEL.
. . . .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.